

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE 581

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITE de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Marian JEDRZEJCZAK

Né le 16 Octobre 1892, à KUTNO (Pologne)

LE CANCER DU RECTUM
CHEZ LES JEUNES SUJETS

Président : F. LEMAITRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITE de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Marian JEDRZEJCZAK

Né le 16 Octobre 1892, à KUTNO (Pologne)

LE CANCER DU RECTUM
CHEZ LES JEUNES SUJETS

Président : F. LEMAITRE, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

Doyen	ROUSSY.
I. — Professeurs	
Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale	ROUVIERE.
Physiologie	PROUST.
Physique médicale	BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	DEBRE.
Pathologie et Thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CLERC.
Anatomie pathologique	MARION.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	{ NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	{ H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	{ GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	{ LEMIERRE.
	{ LENORMANT.
Clinique chirurgicale	{ CUNEO.
	{ GREGOIRE.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	{ TERRIEN.
Clinique urologique	{ MARION.
	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	{ JEANNIN.
	{ J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	{ OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	{ LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ SERGENT.
Clinique propédeutique	{ Léon BERNARD.
Clinique de la Tuberculose	{ MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	{ HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.	CATHALA	Pathologie médicale.
AUBERTIN ..	Pathologie médicale.	CHABROU	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	CHAILLEY.	
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	BERT.	Physiologie.
BRULE	Pathologie médicale.	CHEVALLIER .	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	DOGNON	Physique.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	DONZELOT ..	Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
VAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri .	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphi- liographie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) ..	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUENIOT.....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
Professeur de clinique Oto-Rhino-Laryngologique
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre thèse. Nous l'en remercions
très vivement et le prions de croire
à notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHENE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Médecin assistant de l'Hôpital Saint-Antoine

Pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et donné les conseils nécessaires pour la mener à bien. Nous sommes très heureux de le remercier de la bienveillance qu'il ne cessait de nous montrer tout le temps.

Nous tenons à l'assurer de toute notre sincère reconnaissance.

Le CANCER du RECTUM chez les JEUNES SUJETS

Introduction

Il est classique de dire, lorsqu'on expose l'étiologie du cancer du rectum, qu'il s'observe principalement dans les années qui suivent la cinquantaine. Quand on discute son diagnostic différentiel, le facteur âge doit être tenu en considération et il faut toujours penser au néoplasme rectal en présence de troubles de la défécation chez un sujet âgé. Ces deux propositions restent vraies. Il est incontestable, et toutes les statistiques le confirment, que c'est à partir de cinquante ans que le cancer du rectum est le plus fréquent.

Cette notion étant admise, il ne faut pas oublier que le cancer, comme d'ailleurs tous les autres cancers digestifs, peut s'observer à tout âge, et ce n'est pas une raison, parce qu'un sujet est jeune, même adolescent, pour ne pas y songer.

Il nous fut donné d'observer deux jeunes sujets porteurs de cancer du rectum, nous avons cru utile d'en étudier les observations et de les confronter avec celles publiées antérieurement.

Présentation

A l'occasion de deux malades que nous avons observés, il nous a paru intéressant de colliger les faits déjà connus et de les comparer avec les nôtres. En comprenant nos cas, nous avons retrouvé 14 cas en tout dans la littérature.

Ces cas échelonnés entre 17 et 29 ans. Du point de vue clinique, comme nous le verrons plus loin, il existe peu d'anomalie avec la forme classique de l'adulte. Du point de vue évolutif, la rapidité de l'évolution n'est peut-être qu'apparente en raison de diagnostic souvent tardif et de l'hésitation clinique à laquelle cette affection a donné lieu.

Observations

OBS. 1. — H. HARTMANN. Obs. : Cancer infiltré simulant un rétrécissement.

P..., 28 ans. En mai 1897, il fut pris de douleurs vagues dans l'abdomen, accompagnées de constipation opiniâtre. Ces douleurs, d'abord vagues, se localisèrent dans la région rectale ; le malade eut quelques selles diarrhéiques, rendit des glaires sanguinolentes, puis le ténesme rectal s'établit avec des envies extrêmement fréquentes d'aller à la garde-robe. Après une phase en quelque sorte aiguë, pendant laquelle il y eut des selles sanglantes, le nombre de garde-robes diminua, de même que le ténesme et il se fit un écoulement de sérosité sanguinolente.

A ce moment le malade fut examiné par le Docteur AUDIN, qui trouva le rectum depuis l'anus jusqu'à un niveau inaccessible au doigt, épaissi, induré, déformé par des ulcérations irrégulières. On institua un traitement destiné à combattre, soit une dysenterie, soit une rectite tuberculeuse. Le malade s'améliora notablement, engraisa ; les garde-robes se faisaient régulières lorsque, le 1^{er} janvier 1898, survinrent des signes d'occlusion intestinale. Le malade endormi, le Docteur AUDIN trouva le rectum rétréci dans son ensemble, donnant la sensation d'un cylindre de bois : présentant des saillies à sa face interne. Une rectotomie fut faite dans une hauteur de 8 centimètres, puis la partie rétrécie sus-jacente fut dilatée avec des bougies. Tout alla bien, mais le malade refusant de laisser passer les bougies, le Docteur AUDIN nous l'adresse. Nous le voyons dans les premiers jours d'avril, les garde-robes se font mal et sont douloureuses ; le toucher est extrêmement douloureux. Nous pensons à

une rectite sténosante tuberculeuse avec engorgement ganglionnaire inguinal bilatéral.

Le 5 avril, à la suite d'une consultation avec le Docteur QUENU, on constate l'existence d'une induration cylindrique, avec çà et là de petites végétations friables, et l'on réforme le diagnostic pour adopter celui posé par QUENU, de carcinome.

Le 12 avril 1898, établissement d'un anus iliaque par M. HARTMANN. Ablation d'un ganglion inguinal. Guérison opératoire sans incident. L'examen histologique du ganglion montre qu'on se trouve en présence d'un épithélioma.

Le malade se trouve soulagé considérablement par cet anus iliaque, mais les lésions n'en continuent pas moins à évoluer. Il survient des hémorragies rectales assez abondantes, un écoulement séreux ; il se développe des végétations néoplasiques et des noyaux secondaires jusque sur la peau des fesses. Le malade se plaint de douleurs de compression nerveuse et il succombe le 24 juillet 1898.

OBS. 2. — H. HARTMANN : Obs. III. — F..., 23 ans. En décembre 1901, début par des hémorragies abondantes, puis constipation. Cancer ulcéreux de toute la hauteur de l'ampoule. 30 septembre 1902, amputation périnéale avec résection de la paroi postérieure du vagin adhérente.

Suites éloignées. Récidive. Colostomie 13 juin 1903. Mort le 7 décembre 1903.

OBS. 3. — H. HARTMANN : Obs. XXV. — F..., 28 ans. Cancer remplissant l'ampoule. 23 janvier 1916, amputation périnéale avec résection de coccyx. Dissection un peu pénible d'un prolongement au contact de la partie postéro-latérale droite du vagin. Suites éloignées. Revue le 19 août 1926, après 10 ans et demi écoulés : bien, sans récurrence.

OBS. 4. — H. HARTMANN : Obs. LXIII. — F..., 23 ans.
26 mai 1926, amputation périnéale.

Suites éloignées. Récidive. Colostomie le 12 avril 1929.
Mort.

OBS. 5. — H. HARTMANN : Obs. VIII. — F..., 29 ans.

Cancer de la partie inférieure de l'ampoule rectale
envahissant le canal anal.

17 janvier 1911, amputation abdomino-périnéale avec
colostomie terminale. Epithélioma cylindrique. Suites
éloignées. Revue le 17 juin 1911 : bien.

OBS. 6. — H. SCHOENING : Obs. I (citée par HARTMANN). — Une jeune fille de 17 ans. Dans sa 7^e année, elle avait souffert de prolapsus. Dans sa 16^e année, elle remarqua des selles sanguinolentes. Depuis deux mois, diarrhée et incontinence. On constate alors un cancer rectal adhérent au sacrum. Extirpation de l'intestin sur une longueur de 10 centimètres. Comme suite, cystite purulente. Deux mois après, convulsion et mort.

OBS. 7. — SCHOENING : Obs. II (citée par HARTMANN). Il s'agit encore d'une jeune fille de 17 ans, sans hérédité cancéreuse et chez laquelle les symptômes du cancer se déclarèrent à l'âge de 16 ans. Les ganglions inguinaux étaient pris. Histologie : épithélioma cylindrique.

OBS. 8. — AGUETTANT G. : Obs. V de sa thèse :

Y. Le C..., 20 ans. De 4 à 10 ans, a eu une adénite bacillaire fistulisée. En septembre 1917 il ressent des douleurs sous-ombilicales accompagnées de ballonnement du ventre et de diarrhée. Amaigrissement rapide consécutif à une diarrhée profuse (20 selles par jour). En avril 1918 apparaît pour la première fois du sang dans les selles. Un premier toucher rectal pose le diagnostic et le malade entre chez M. Bérard à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel : Malade amaigri. Troubles digestifs très

accentués : anorexie complète. Les selles sont très irrégulières, et à une constipation de plusieurs jours succèdent de nombreuses selles glaireuses. Le malade est en état de sub-occlusion, avec ballonnement marqué de l'abdomen. Ténésme rectal très marqué. Toucher rectal : Le doigt franchissant le sphincter anal tombe sur une masse bourgeonnante envahissant le rectum, et bouchant en grande partie la lumière du tube rectal. La biopsie pratiquée le 10 mai donne : épithélioma atypique du rectum (type carcinome).

Le 24 juin, on pratique un anus iliaque gauche. On tombe sur un épiploon complètement infiltré que l'examen histologique nous révèle être un carcinome épiploïque.

Période terminale : Juillet, août, septembre 1918. Une volumineuse ascite apparaît, qu'il faut ponctionner chaque semaine. L'anús iliaque fonctionne mal. Des douleurs violentes s'installent, vomissements fécaloïdes, l'occlusion est totale. Le malade meurt le 30 septembre.

OBS. 9. — AGUETTANT G. : Obs. VI de sa thèse.

Geneviève F..., 23 ans. Il y a onze mois, après avoir perdu pendant huit jours un peu de sang parmi les garde-robes, a été prise d'une hémorragie grave. Perd connaissance ; aucune douleur. L'hémorragie fut évaluée à plusieurs litres. La malade très anémiée, reste au lit quinze jours. Depuis cette époque, elle a constamment envie d'aller à la selle. La défécation est difficile et nécessite des lavements.

Toucher vaginal ; la paroi postérieure du vagin est soulevée par une tumeur dure qui remonte presque jusqu'au cul de sac rétro-utérin.

Toucher rectal : presque immédiatement au-dessus du sphincter, le doigt pénètre dans une cavité anfractueuse dure, développée surtout en avant. On pratique une amputation périnéale du rectum et une résection de la paroi postérieure du vagin (carcinome ampulaire). Dix mois après, anus iliaque pour carcinome résidivé au niveau de

la fourchette vulvaire et de la fosse ischio-rectale droite.
Mort six mois après cette intervention.

OBS. 10. — AGUETTANT : Obs. X de sa thèse.

Marie B..., 27 ans. Entre le 1^{er} juillet, pour diarrhée et rectorragies. Pas d'antécédents néoplasiques connus. A eu un prolapsus rectal qui disparut à l'âge de 12 ans, au moment des premières règles. A depuis très longtemps des troubles digestifs et de la constipation. La maladie actuelle remonte à neuf mois en arrière. Depuis cette époque, la malade a des selles liquides, glaireuses, muco-membraneuses, peu abondantes. Depuis six mois, elle a des rectorragies survenant à l'occasion de la défécation ou même entre temps. Elle n'a jamais souffert beaucoup, mais se plaint de pesanteur dans la région sacrée.

A l'examen : bon état général, amaigrissement léger, anorexie élective pour la viande.

Toucher rectal : on sent une tumeur pédiculée, irrégulière, bosselée, appliquée sur la face postérieure du rectum, dans la région postérieure de l'ampoule. Elle fait une forte saillie dans la lumière intestinale sans la rétrécir cependant de façon notable. Elle présente à son centre une vaste surface ulcérée. La rectoscopie permet d'affirmer un cancer du rectum. Le 5 juillet, l'exérèse de la tumeur est faite par M. Bérard. Examen histologique. Epithélioma cylindrique du rectum, à forme typique, mais maligne.

4 août : la plaie est complètement cicatrisée. Selles régulières tous les matins. Continence sphinctérique parfaite. On fait la dilatation de la cicatrice opératoire intestinale, et la malade guérie, sort de l'hôpital le 21 août. Deux ans et demi après la guérison était maintenue.

OBS. 11. — AGUETTANT : Obs. XI de sa thèse.

Marguerite P..., 27 ans. Souffre depuis deux ans de constipation, sans maladies antérieures. La constipation est tenace. La malade n'évacue que quelques fragments

de matières aplaties. Les périodes de constipation sont coupées de débâcles très douloureuses.

Depuis six mois, douleurs lombaires vives avec irradiations dans les cuisses, calmées seulement par l'opium à haute dose.

Cessation de règles depuis quatre mois. Sensation de pesanteur au bas fond vésical avec gêne constante. Dysurie manifeste. Hémorragies rectales fréquentes. Amaigrissement notable, anorexie, pas d'adénopathie inguinale. Bourrelet hémorroïdaire saignant. Toucher rectal : à 5 centimètres de l'anus, tumeur circulaire et sténosante à limite supérieure non appréciable. Par toucher vaginal combiné au toucher rectal, on se rend compte que la masse néoplasique infiltre complètement le ligament large droit et se trouve fixée contre la paroi pelvienne, de telle façon qu'une opération radicale serait inutile. On fait un anus contre nature gauche. La malade meurt cinq jours après.

OBS. 12. — CARRIÉ P.-A. : Obs. I. — Jeanne B..., âgée de 18 ans, grosse et forte fille de 68 kilogrammes pour une taille de 1 m. 59, a toutes les apparences extérieures d'une belle santé.

Présente depuis six mois environ un syndrome de dysenterie chronique, avec des alternatives de sédation et de paroxysmes ; elle reste une ou deux semaines sans aucun trouble intestinal, puis souffre pendant quelques jours. Au cours des paroxysmes, elle a trois ou quatre selles par jour, du type de la fausse diarrhée, matières dures, agglomérées dans des glaires abondantes, et surtout des faux besoins et du ténesme ; à aucun moment, elle n'a présenté d'obstruction. Son état général s'est maintenu et, six mois après des troubles intestinaux, elle n'a pas maigri. L'examen rectal montra un volumineux carcinome bourgeonnant situé sur la face antérieure de l'ampoule rectale et qui comblait presque, par sa masse, la cavité ampullaire. Une exérèse fut tentée. Mort deux jours après l'intervention.

OBS. 13. — CARRIÉ P.-A. : Obs. II.

M. B..., est un jeune homme de 24 ans. Depuis six mois environ, présente des troubles intestinaux discrets. Il souffre de douleurs abdominales vagues, sans caractères nets, sans siège constant. Il est tour à tour légèrement constipé ou légèrement diarrhéique ; il n'a jamais été ballonné. A deux reprises, il a eu de petites hémorragies rectales de sang rouge, de type hémorroïdaire. Depuis quelques semaines, il a eu quelques sensations rectales pénibles, faux besoins qui aboutissent à l'expulsion de quelques glaires. Il a de l'anorexie. Il a maigri et il est très pâle.

L'examen rectoscopique montra, sur la face antérieure de l'ampoule, l'existence d'une petite masse bourgeonnante et ulcérée reposant sur une base très dure qui résistait devant le tube rectoscopique. La première biopsie négative. La deuxième biopsie de deux fragments montra le premier fragment négatif, sur l'autre on vit en une région les cellules néoplasiques. L'état général du malade, très précaire, s'opposait à une intervention chirurgicale importante : un anus iliaque fut ouvert. Mort deux mois après de cachexie.

OBS. 14. — CARRIÉ P.-A. : Obs. III.

D... Je ne puis donner une observation complète n'ayant examiné qu'une seule fois ce malade. Le père âgé de 58 ans, ancien colonial, où il avait eu maintes crises diarrhéiques ; depuis son retour en France, qui datait d'une quinzaine d'années, il était sujet à l'entérite. Depuis sept à huit mois, celle-ci s'était accentuée et un syndrome dysentérique, à évolution paroxystique, s'était installé, sans altération manifeste de l'état général.

Le fils avait 28 ans : sa maladie ne datait guère que de trois ou quatre mois et avait les mêmes caractères que celle de son père, évolution paroxystique, quatre à six selles par jour, faux besoins avec expulsion de glaires, mais l'état général était beaucoup plus altéré : gros amaigrissement et pâleur, foie un peu gros et douloureux.

Examen : chez le père l'existence d'une tumeur bourgeonnante de l'ampoule rectale, et chez le fils une tumeur presque identique comme forme, aspect et étendue.

L'examen histologique des biopsies des deux tumeurs montra des lésions néoplasiques si identiques qu'elles paraissaient appartenir à une même coupe.

OBS. 15. — Observation personnelle 1.

Georges L., âgé de 17 ans 1/2 entre à l'hôpital pour une constipation opiniâtre avec méléna, s'accompagnant d'un état général affaibli avec gros amaigrissement.

Ses troubles ont débuté il y a un an environ par de la diarrhée continuelle et persistante, qui dura deux mois environ, avec des selles glaireuses ne contenant pas de sang.

Le malade commença à s'affaiblir et à maigrir soigné pour une entérite et le toucher rectal se montra négatif à cette période.

A partir de février 1932 la diarrhée fit place à une constipation opiniâtre avec parfois alternative de constipation et de diarrhée. La constipation devait bientôt devenir persistante. Les selles cependant fréquentes devenaient vermiformes contenant des filets de sang mélangés aux matières. Amaigrissement considérable à cette période : 14 kgs 500 depuis un an.

A l'heure actuelle, les selles sont fréquentes, mais, surtout les fausses épreintes ; peu de matières à chaque selle, et quelquefois un peu de sang ou de glaires après les selles. Etat général considérablement affaibli. Pas de vomissement ni troubles gastriques. Troubles intestinaux parfois (ventre ballonné). A l'examen : facies amaigri, météorisme abdominal. Au toucher rectal on trouve une masse considérablement dure, large et obstruant la lumière rectale.

Rectoscopie. — L'introduction du tube est extrêmement douloureuse. Le rectoscope pénètre très difficilement dans un long défilé irrégulier, anfractueux, friable et saignant abondamment.

L'introduction ne peut être poussée au delà de 7 cen-

timètres. On est d'ailleurs gêné par le flux diarrhéique saigné, provoqué par lavement préalable. La biopsie s'opère facilement mais s'ensuit d'un écoulement du sang assez abondamment.

Anus iliaque en juillet 1932 par M. Bazy, on est gêné par l'ascite nettement hémorragique. Sur le péritoine on trouve de nombreux nodules d'infiltration néoplasique.

L'évolution traîne avec son cortège de douleurs et d'hémorragies. La cachexie s'accroît de plus en plus et le malade succombe le 20 juin 1933.

OBS. 16. — Observation personnelle 2 :

M. T..., âgé de 24 ans. Entre à l'hôpital pour une diarrhée chronique. Il y a six mois le malade a été soigné à la Charité pour une diarrhée dysentérique. Il y avait plusieurs selles par jour, agglomérées dans des glaires assez abondantes et sanguinolentes, mais surtout les faux besoins et le ténesme d'intensité assez forte. Son état général s'est maintenu, avec des alternatives de mieux et de pire et, six mois après le début des troubles intestinaux, il n'a pas maigri.

Trois examens parasitologiques ont été faits qui se montraient négatifs.

Le malade vu vers le 15 avril 1933 et depuis il commença à maigrir. Son état local très amélioré avant les vacances de Pâques, s'est aggravé de nouveau.

Au toucher rectal, on trouve une grosse infiltration saillante assez dure sans être ligneuse, saignant peu au toucher.

L'examen rectoscopique montre une grosse masse rouge immédiatement au-dessus du canal anal et remontant jusqu'à six-sept centimètres au-dessus. Elle est dure, friable, mobile.

Biopsie : Epithélioma atypique.

Opération (amputation) pratiquée par M. Charrier ; suites opératoires normales, mais depuis son départ en convalescence, le malade est perdu de vue.

Nous n'avons pas rencontré de cas personnels ni de faits antérieurement publiés de cancer à l'anus chez les sujets jeunes.

OBSERVATIONS RELEVÉES, MAIS NON PUBLIÉES

Les observations suivantes n'ont pu être retrouvées *in extenso*, en conséquence nous ne ferons que les énumérer avec leurs références :

BALAS : Sur la fréquence du cancer du rectum dans le jeune âge.

CLACK I.-H. : Cancer du sigmoïde et du rectum chez les enfants et les jeunes gens.

COENEN : Cancer du rectum dans la jeunesse.

GORDON WATSON : Cancer inopérable du rectum chez une jeune femme de 21 ans.

GROVE : Cancer du rectum chez un garçon de 19 ans.

LASNIER E.-P. (Montevideo) : Cancer du rectum chez un enfant de 13 ans.

LOEWENBERG : Cancer du rectum chez un jeune homme de 18 ans.

MAGINIAC : Epithélioma inopérable du rectum chez un jeune homme âgé de 24 ans.

MATIGNON et FRUCHAUD : Cancer du colon sigmoïde chez un jeune homme de 15 ans.

PHIFER : Cancer du rectum et du sigmoïde dans l'enfance et l'adolescence.

RANKIN F.-W. et COMFORD M.-W. : Cancer du rectum chez les jeunes gens.

SPITSLER : Cancer du rectum à 18 ans.

WINTERWITZ : Carcinome du rectum chez un garçon de 15 ans.

SCHOENING, en étudiant le cancer du rectum, a réuni 13 cas de différents auteurs, mais qui sont loin d'offrir toutes les garanties d'authenticité désirable.

VON EMMERT : Trois observations.

BILLROTH : Trois observations, les sujets de 18 à 20 ans.

HENEK : Observation d'un homme de 18 ans.

ALLINGHAM : Deux observations de 17 et 13 ans.

MAYO : Une observation de 12 ans.
GODIN : Une observation de 15 ans.
BERGE : Une observation de 18 ans.
CRIPPS : Une observation de 17 ans.
CZERNY : Une observation de 13 ans.

Notes statistiques

Diverses statistiques donnent les chiffres suivants :

Sur 320 cas de cancer du rectum, PRIBAM n'a observé que deux cas au-dessous de 30 ans et encore un malade avait 29 ans et l'autre 28 ans.

Sur 154 cas, KÖHLER signale 4 malades ayant 30 ans.

Sur 141 cas, par contre, G. MATOLAY observe 10 cas entre 20 et 30 ans.

CHALIER et MONDOR rapportent que PHILIPP a réuni 12 cas de cancer rectaux dans l'enfance, soit entre 11 et 15 ans, et que BERNOUILLI a recueilli 50 observations de cancer du tube digestif au-dessous de 20 ans, dont 21 cancers du rectum.

Le plus jeune cas que nous avons trouvé signalé dans la littérature est celui de LASNIER qui concerne un épithélioma du rectum chez un enfant de 13 ans, atteint simultanément de dysenterie amibienne : l'examen histologique confirma le diagnostic.

GUIMBELIOT en a rapporté récemment un cas observé par MATIGNON et FRUCHAUD, chez un jeune homme de 15 ans. Il rappelle que PHIFER étudiant le cancer du rectum et du côlon sigmoïde chez l'enfant et chez l'adolescent, à propos d'un cas de cancer du sigmoïde chez un garçon de 19 ans, en réunit 49 cas chez des sujets ayant la plupart de 11 à 20 ans. A.-L. GIRAULT, dans sa thèse, rapporte deux observations de JOUFFROY et de ROUTIER, concernant des sujets de 18 et 21 ans.

Etude clinique

I. - Symptômes de la période du début

Lorsque le néoplasme commence, il se manifeste en général par l'un de ces trois symptômes : saignement, constipation, syndrome douloureux rectal : tenesme, épreintes. Le plus souvent, le malade vient consulter parce qu'il a observé du sang dans ses garde-robes.

LES SAIGNEMENTS

Il s'agit quelquefois de trainées sanguinolentes qui sont émises avec les matières fécales ; elles ne sont pas très abondantes ; le médecin ne s'en inquiète pas, en général, et pense plutôt à des hémorroïdes. Pourtant déjà, à ce moment, la petite quantité de sang émise avec les matières fécales peut, dans certains cas, orienter le diagnostic (Obs. 6, 10 et 13).

Chez le malade atteint de néoplasme rectal, le sang est évacué d'une façon particulière : le sang enduit les matières et forme autour de la masse fécale des trainées sanguinolentes ; ou bien si le néoplasme siège un peu haut, ce sang vient *avant* la garde-robe. Pour apercevoir le sang, on est obligé de retourner celle-ci, pour découvrir les glaires sanguinolentes. Ce sont là des petites nuances symptomatiques classiques qui ne suffiraient pas au diagnostic, mais qui doivent être tenues pour suspectes.

Les hémorragies rectales peuvent aussi revêtir l'aspect de petites selles méléniques (obs. 1, PERSON) ; mais c'est un melæna très spécial ; les matières ne sont pas uniformément noires. Le melæna est, suivant l'expression classique, circonférenciel : si on examine les garde-robes, on voit qu'elles sont entourées ou enrobées d'une couche de coloration noire qui tient à elles. Lorsque les matières sont molles, le mélange est plus complet de fèces et de sang, d'où la coloration noirâtre.

Il existe encore des formes tout à fait anormales : certains sujets bien portants en apparence perdent subitement une assez grande quantité de sang en allant à la garde-robe (obs. 9) ; il n'y a pas d'hémorroïdes ; quelques mois après, nouvelle hémorragie. Le diagnostic peut être très délicat car ce n'est pas toujours la tumeur, encore trop petite, qui saigne, mais la muqueuse congestionnée autour de la tumeur.

LES TROUBLES DE LA DÉFÉCATION

Les néoplasmes peuvent se manifester d'abord par une constipation opiniâtre progressive. Evidemment, le simple fait d'être constipé ne doit pas faire songer à un néoplasme rectal, mais si la constipation s'accompagne d'une perte régulière de sang, ou si elle est particulièrement tenace, elle peut devenir suspecte (obs. II). Mais dans les cas d'apparence la plus banale, l'exploration simple qui est le toucher rectal ne saurait rester négligée. Cependant, si la constipation est souvent un des premiers symptômes du néoplasme, on peut observer une diarrhée initiale. Ce fait est moins rare qu'on ne le signale. Il s'agit surtout d'une

diarrhée vraie, banale en apparence, mais dont la ténacité ou la répétition doivent inquiéter.

Dans bien des cas, il s'agit d'une fausse diarrhée : le malade a un ou deux jours de constipation, puis une débâcle (obs. 8 et 11), et de nouveau quelques jours de constipation. Quelquefois pourtant la diarrhée est continue, le malade a des selles multiples, molles, pouvant faire songer à de la diarrhée véritable ; mais, si l'on se fait présenter les matières, on reconnaît les signes de la fausse diarrhée, formée de matières moulées plus ou moins dures, mêlées avec le liquide qui les a entraînées, mucus épais taché de pus et de sang (obs. 10).

D'autres malades se plaignent de diarrhée alors qu'ils n'ont même pas de fausse diarrhée. Ils présentent en réalité une constipation extrêmement opiniâtre, et leur pseudo-diarrhée n'est qu'un ténésme continu avec évacuation de glaires sanguinolentes (obs. 1).

D'autre part, il s'agit de débâcles diarrhéiques sur un fond de constipation ensemble qui fera suspecter un obstacle de tractus digestif. D'autres fois enfin, et notre observation 2^e vient la prouver, le malade présente un véritable syndrome dysentérique.

DOULEURS ET TÉNESME

On peut distinguer différentes douleurs : les coliques violentes, petites crises d'obstruction avec contractions intenses de l'intestin, c'est un accident rare, surtout au début et dans les formes hautes. Ce qui attire plutôt l'attention c'est le ténésme, les besoins fréquents d'aller à la selle due à la gêne rectale, liée au développement de la tumeur. Ce ténésme et ses éprein-

tes n'ont rien de pathognomonique pour le diagnostic du cancer du rectum, mais on ne saurait trop souligner l'intérêt que présentent ces symptômes pour orienter les investigations vers la possibilité d'une gêne ou d'une irritation du rectum. On l'observe en effet toutes les fois dans tous les cas d'une rectite, de recto-colite banale ou spécifique, autant que dans la compression de l'ampoule rectale. Ce sera encore le toucher et l'endoscopie qui éclaireront le diagnostic.

Dans la période ultime des cancers qui arrivent tôt chez les jeunes, les douleurs peuvent aussi devenir permanentes, ce sont des douleurs névralgiques dues à la compression ou à l'envahissement des nerfs. Elles comportent à notre avis un pronostic grave. Mais il ne faut pas l'oublier, les cancers, où qu'ils siègent, sont en eux-mêmes complètement indolents. Ils ne déterminent des douleurs qu'en comprimant ou envahissant les nerfs (obs. 1, 8, 11 et 2 person.). Lorsque, dans les cancers ano-rectaux, les douleurs sont devenues permanentes, c'est que le néoplasme dépassant les limites du rectum a diffusé dans les tissus voisins, et il est alors le plus souvent inopérable.

II. — Symptômes de la période d'état

Là encore, ce sont les trois mêmes symptômes : perte de sang, trouble de la défécation et douleurs. Bien que ces signes se présentent avec une netteté beaucoup plus grande, il existe certaines formes cliniques anormales qui vont quelquefois faire errer le diagnostic.

Dans la période d'état du néoplasme rectal, les hémorragies existent presque toujours, le malade rend

du sang en allant à la garde robe, après la défécation, dans les néoplasme qui siègent à la partie terminale du rectum, au niveau de l'anus. Ce n'est pas du sang pur, sauf dans quelques cas exceptionnels ; il est mélangé avec des mucosités. Ces mucosités elles-mêmes ne sont peut-être pas aussi claires et transparentes que dans la còlite dysentériforme, elles sont opaques et remplies de pus, mais ces caractères n'ont pas de valeur absolue.

Le sang s'écoule toujours au moment des garde-robes ; mais, chez un certain nombre de malades, il y a également des mucosités sanglantes émises dans l'intervalle des selles (obs. 8 et 10) ce qui est déjà un symptôme plus précis, bien qu'on l'observe aussi dans les còlites graves. Plus tard les évacuations muco-sanguinolentes existent d'une façon continuelle (obs. 1) : la chemise du malade porte des taches caractéristiques. Il ne faut pas oublier de sentir ces taches, elles ont, parfois en effet, une odeur particulière, non pas celle des matières fécales, mais une espèce d'odeur putride.

A cette période d'état, les troubles de l'évacuation peuvent venir compliquer l'évolution.

La douleur, à cette période, peut quelquefois dominer tous les autres signes. Elle n'est pas extrêmement vive quand elle est liée exclusivement au néoplasme. C'est une simple pesanteur, une gêne qui augmente dans la position assise.

Les douleurs les plus violentes proviennent de complications osseuses, infiltrations péri-rectales ou, habituellement, par propagation au sacrum (obs. XI).

EXAMEN

LE TOUCHER RECTAL ET LA RECTOSCOPIE

Que ce soit au début ou à la période d'état, dès qu'un symptôme met sur la voie du diagnostic et que l'on songe à la possibilité d'un néoplasme, il faut avoir recours, contrôler ce diagnostic *par le toucher rectal* et l'endoscopie.

Ainsi peut-on avoir la conscience tranquille et être sûr de ne pas laisser passer le seul moment où le malade soit encore curable. Au niveau de l'anوس même, le toucher rectal est à peine nécessaire, la lésion est sous les yeux : il faut néanmoins introduire le doigt dans l'anوس pour savoir jusqu'où remonte *l'induration, l'infiltration* des tissus.

Si le toucher est très douloureux, il peut être nécessaire de le faire précéder d'un badigeonnage de cocaïne. On introduit ensuite le doigt, et l'on trouve une induration ; c'est cette sensation d'induration qui doit retenir l'attention. Cette lésion siège parfois sur un côté de l'anوس mais très vite chez les jeunes devient circconférencielle.

Le toucher rectal à lui seul possède une importance capitale. Il est regrettable que le médecin néglige si souvent de le pratiquer. Il permet non seulement de faire le diagnostic du cancer, mais encore d'en apprécier les limites et surtout de voir s'il est mobile, quel-que soit sa hauteur, et curable.

LA RECTOSCOPIE

La rectoscopie doit être le complément indispensable de l'exploration. Souvent déjà le doigt a pu

atteindre la tumeur. En effet on a quelquefois la surprise de constater que l'ulcération ou l'infiltration commence à partir de 10 ou 11 centimètres au rectoscope, alors qu'elle a été nettement atteinte au doigt. Cependant il faut introduire un tube rectoscopique pour rechercher un néoplasme plus haut situé, mais surtout en découvrir un tout petit caché derrière une valvule de Heuston. L'endoscopie fait aussi reconnaître le caractère de la lésion et pratiquer une biopsie qui lèvera les doutes en cas de diagnostic hésitant.

Nous n'insisterons pas sur les divers aspects endoscopiques du cancer du rectum. Les deux cas que nous avons observé répondaient à l'aspect classique, banal. Il s'agissait des masses friables, mais à base indurée. La friabilité est toujours facile à mettre en évidence, mais l'induration d'ailleurs variable doit être recherchée dans certains cas ; lorsque la masse est très végétante ou, au contraire, constituée par une ulcération en surface, elle donne l'impression classique (BRNSAUDE) de lobe de l'oreille. D'autre part, le rectoscope peut permettre d'apprécier l'infiltration et les adhérences du voisinage.

L'examen radiologique est rarement utile sauf pour préciser les limites supérieures d'un néoplasme étendu, reconnaître la souplesse du sigmoïde, renseigner sur l'extension périphérique et les adhérences pelviennes. L'image est naturellement plus ou moins déformée, plus ou moins lacunaire.

BIOPSIE

Lorsque l'examen a fait découvrir l'existence d'une tumeur, le prélèvement d'un fragment de cette tumeur, et son étude microscopique constituent un

procédé de haute valeur pour établir sa nature cancéreuse. La biopsie doit être pratiquée sous le contrôle de l'œil au cours d'un examen rectoscopique ; autant que possible à distance des parties ulcérées et nécrosées. L'interprétation d'une biopsie comporte donc certaines réserves. Elle varie suivant la structure de la tumeur.

Dans notre premier cas, il s'agissait d'un épithélioma cylindrique typique. La coupe intéressait les pseudo-tubes dus au groupement des cellules néoplasiques. Celles-ci avaient donc un caractère habituel : irrégularité, inégalité, affinité tinctoriale. Le noyau est toujours gros. Certaines cellules étaient vacuolaires. Ces cellules proliféraient dans l'interstice du tube produisant plusieurs assises ou des bourgeons. Elles envahissent également le stroma conjonctif et franchissent la membrane propre.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un épithélioma cylindrique atypique (carcinome). Les cellules néoplasiques sont volumineuses. Elles forment des amas pleins, denses ou dégénérés.

Les cellules cancéreuses ont perdu complètement leur forme et leur disposition initiales.

Epithélioma pavimenteux est une tumeur anorectale.

Epithélioma colloïde. — Né de l'évolution et de la dégénérescence muqueuse des cellules d'un épithélioma cylindrique et plus rarement d'un épithélioma pavimenteux, son diagnostic est facile.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic n'est pas tellement difficile, même au début de l'évolution, mais on peut répéter avec de nombreux auteurs, et en particulier avec HARTMANN, que l'essentiel est d'y penser et de pratiquer le toucher rectal.

Evidemment cette tendance est plus délicate à acquérir, surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune n'ayant pas — du moins classiquement — l'âge du cancer. Le toucher rectal est un examen simple dont l'importance ne doit pas être perdue de vue, même en dépit de certaine répugnance.

Le diagnostic différentiel du cancer rectal se pose dans des conditions variables suivant le stade de l'examen auquel il est envisagé.

1° AVANT LE TOUCHER RECTAL

Si le malade présente une diarrhée, c'est le diagnostic de toutes les diarrhées.

Il est cependant exceptionnel que le tableau clinique ne comporte pas des signes rectaux : ténésme, épreinte.

Ici l'examen local s'impose en même temps que l'étude parasitologique des matières. Il apportera la double constatation : l'absence de lésion plus ou moins diffuse de recto-côlite, découverte de la tumeur causale.

2° Si le sujet est constipé, en dehors de toute orien-

tation fonctionnelle vers le rectum, il est plus difficile chez le sujet jeune de le penser, à pratiquer le toucher et l'endoscopie.

Cependant il faudra toujours s'attacher à rechercher les signes fonctionnels d'irritation rectale, ou des signes, même discrets, de sub-occlusion. Quant aux hémorragies, ou aux douleurs rectales elles ont le caractère plus spécifique qui commande leurs explorations d'une manière plus expresse.

Au toucher rectal le cancer ne peut pratiquement guère être confondu qu'avec le rétrécissement ou certaines tumeurs villeuses. L'un et l'autre sont moins infiltrés, moins friables, moins saignants.

Le fibrome ou fibro-myome sont bien rares. Ils sont beaucoup plus limités, moins durs, moins friables.

Les condylomes, les polypomes sont généralement bien petits, bien infimes pour qu'au toucher ils éveillent l'idée d'un cancer.

La tuberculose assez rare, l'actinomyose très rare, sont exceptionnellement localisées à la cavité rectale : la participation de la teinte de l'anus permet d'en faire assez facilement le diagnostic.

2° A LA RECTOSCOPIE

L'examen endoscopique va permettre le diagnostic plus précis, et surtout la biopsie.

Un simple coup d'œil, la limitation de lésion dans la zone hémorroïdaire écarte facilement le diagnostic de la rectite due à cette affection. Les complications de ces hémorroïdes peuvent, par la douleur, la répétition des hémorragies, l'allure progressive de l'anémie, réaliser cependant un tableau assez suspect.

Le *rétrécissement* du rectum est l'apanage des homosexuels ayant présenté soit des accidents spécifiques,

soit une rectite « traumatique » où le gonocoque a été décelé ou non. Au-dessous de lui existe généralement une rectite plus ou moins végétante, qui fait défaut en cas de cancer.

Le rétrécissement par lui-même, plus ou moins serré, plus ou moins circulaire n'a jamais la friabilité des bords, la dureté de la base du cancer.

De même que pour la *rectite hypertrophique* proliférante, le siège ou l'extension de lésion est aussi un excellent élément pour le diagnostic. Pratiquement toutes les variétés des rectites traumatiques, avec ou sans suppuration ou fistule, avec ou sans rétrécissement ne se voient guère au delà de 6 à 7 centimètres.

Les *polypes* en général, les adénomes sont beaucoup plus torpides que les cancers. Cependant, lorsqu'ils deviennent irrités, ils peuvent poser le diagnostic plus hésitant et nécessitent une biopsie, d'autant qu'ils peuvent subir une dégénérescence maligne.

Les *tumeurs villeuses* sont certainement d'un diagnostic le plus délicat. Il faut non seulement en analyser les symptômes endoscopiques, mais aussi pratiquer une biopsie, pour faire justifier le caractère douteux : la limitation, la mollesse, l'absence d'induration de la base ne sauraient donner une sécurité suffisante ; l'étude anatomo-pathologique s'impose.

Evolution

La durée moyenne du cancer rectal est difficile à préciser, car le début nous échappe le plus souvent. A partir du moment où les malades viennent nous consulter, la survie n'est en général que dix-huit mois à deux ans. Mais, dans certains cas à marche lente, la survie peut-être bien plus considérable. Elle va à trois et quatre ans. Les cancers colloïdes semblent avoir une évolution plus lente que les autres. Quelquefois la fin est précipitée par des hémorragies, par une péritonite, par des accidents d'occlusion. Une pleurésie cancéreuse, l'anurie par compression des uretères, peuvent aussi brusquer le dénouement. Le plus souvent, après avoir résisté à bien des accidents, à des hémorragies, à des occlusions incomplètes, les malheureux torturés par des douleurs effroyables que rien ne peut calmer, arrivent au dernier degré de la cachexie et s'éteignent dans le coma.

COMPLICATIONS

L'obstruction intestinale n'est pas, à vrai dire, une complication : c'est une phase inévitable dans l'évolution du cancer du rectum. Notre observation 1^{re} a présenté toute la gamme de ces accidents.

Pour la constituer il faut un arrêt des matières accompagné de réactions coliques (contracture douloureuse, météorisme). Progressivement, les crises de-

viennent de plus en plus rapprochées et longues et finissent par aboutir à l'occlusion (obs. 1 et 8). Il faut savoir cependant que l'iléus est parfois le premier accident.

Complications urinaires. — Certaines sont de diagnostic facile : la fistule vésico-intestinale (pneumaturie et fécalurie) ; l'anurie par compression des uretères. D'autres sont plus sournoises et tiennent au retentissement de la tumeur sur la vessie (adhérences, propagation vésicale, cystite). Une brusque perforation vésicale peut alors survenir. Complications inflammatoires.

A côté des abcès périnéoplasiques, peu fébriles et de siège variable, signalons les accidents infectieux plus dramatiques, cellulites pelviennes suppurées ou gangréneuses, pelvi-péritonites suppurées, péritonites généralisées par perforation du Douglas, phlébites du pelvis, des membres inférieurs, etc...

Métastases. — Il faudra toujours les rechercher, car elles sont une contre-indication à l'exérèse chirurgicale du néoplasme, le chirurgien ne devant pas intervenir en cas de généralisation. Les métastases les plus fréquentes sont celles du foie et des poumons.

Indications thérapeutiques

Dans le cancer du rectum, chez l'adolescent comme chez l'adulte, le rôle du médecin ne se borne pas à faire un diagnostic précoce, en vue de permettre au chirurgien une intervention curative ; il consiste encore, suivant les cas, à préparer ou à prolonger l'acte chirurgical, à donner aux malades les soins locaux et généraux nécessaires. Il a pu même comprendre une intervention directe contre le mal à l'aide de méthodes telles que la curie-thérapie.

Seul, le traitement chirurgical permet d'espérer dans quelques cas une guérison complète dans le cancer rectal ; les statistiques montrent que l'on peut sauver près de 50 p. 100 des malades, à la condition d'intervenir à temps et largement (R. BENSAUDE).

Lorsque le néoplasme a une évolution rapide, les complications ne tardent pas, abcès septiques à distance, phlébites, cachexie, hémorragies, obstruction complète nécessitant un anus artificiel, et le malade est emporté très souvent par des accidents comateux.

Mais lorsque le néoplasme est d'une évolution plus lente, quelle conduite tenir ?

Le premier point, c'est de savoir si le cancer est localisé, s'il n'est pas généralisé au foie. Il faut chercher si le néoplasme n'a pas contracté d'adhérences trop intimes avec les organes du voisinage, tout en retenant qu'un certain degré de fixation n'équivaut pas à une impossibilité opératoire formelle. Un néo-

plasme peut s'infecter, en effet, et des réactions purement inflammatoires le faire adhérer à la prostate ou à la vessie.

Une fois que l'on est certain de l'intégrité du foie, c'est la laparatomie exploratrice seule qui permettra de reconnaître l'extension plus ou moins grande des lésions. Le chirurgien complètera ce diagnostic et, au cours de l'intervention, il décidera s'il doit réséquer l'intestin ou se borner à une opération palliative en établissant un anus iliaque.

Si les lésions ne sont pas étendues, on pratiquera une large résection, car le traitement chirurgical peut ici donner de très longues survies et, s'il est appliqué à temps, une guérison complète. On ne saurait négliger à l'heure actuelle, au titre de traitement complémentaire, la curiethérapie et la radiothérapie profonde. Bien que l'on ne puisse se prononcer encore sur la valeur curative de l'une et de l'autre de ces méthodes, il nous semble que l'on en pourrait ainsi comprendre les indications.

Le radium serait réservé aux cancers inextirpables, mais accessibles par les voies naturelles ou, après opération, par l'anus iliaque pratiqué au plus près de la tumeur. L'application de radium pourrait aussi précéder l'exérèse dans les cancers opérables. On doit toutefois s'abstenir de toute application de radium si le malade présente une cachexie notable. *Cette conduite, bonne dans les cancers de l'anus, est très discutable dans les cancers du rectum.* Le radium est susceptible d'y réveiller des réactions inflammatoires particulièrement douloureuses et graves.

Quant à la radiothérapie profonde, son emploi semble modérer l'hémorragie, limiter les douleurs, ralentir l'évolution. Elle est applicable aux cas étendus, non justiciables du radium.

Ces différentes méthodes donnent-elles cependant

des survies notablement supérieures aux traitements médical et chirurgical classique ?

C'est là un point dont la solution ne peut nous être fournie que par une documentation nouvelle.

Lorsque le néoplasme est trop avancé, si la généralisation est trop certaine pour qu'on puisse songer à une intervention, à la radiothérapie ou à une application de radium, il faudra se borner à un traitement médical. Par des moyens palliatifs, on peut atténuer les souffrances et l'on réservera l'anus iliaque, toujours si pénible au malade, pour les périodes ultimes de l'affection.

Le malade recevra un régime aussi varié que possible, en évitant les aliments putrescibles en trop grande quantité. On fera de même éviter les légumes peu cuits, en gros fragments, ou donnant beaucoup de résidus qui pourraient provoquer une crise d'occlusion.

Il faut évacuer régulièrement l'intestin et, malgré les selles molles, employer les laxatifs. On donnera un laxatif doux, de l'huile de ricin, un peu de magnésie. On devra pousser l'emploi du laxatif jusqu'au moment où le malade n'a plus de ténesme.

On ne donnera pas de ces grands lavements qui ne servent qu'à irriter la tumeur, mais seulement un petit lavement d'huile quand il y a menace d'obstruction. Les petits lavements (125 grammes) désinfectants sont aussi d'une action sédative certaine.

Enfin, on aura recours aux suppositoires calmants, à la codéine, à la morphine, à la dionine, pour faire cesser les douleurs.

Dès que le malade n'obtient plus de garde-robes suffisantes, il faut l'adresser au chirurgien ; il convient d'établir un anus iliaque avant la période d'obstruction ; on évitera par là les douleurs de la période terminale.

Conclusions

1) Le cancer du rectum des jeunes sujets ne paraît pas se présenter en clinique très différemment que celui des sujets âgés.

2) Dans presque tous les cas, le diagnostic porté avait d'abord été celui d'entérite ou de dysenterie chronique, le syndrome dysentérique paraissant en effet le syndrome clinique le plus souvent réalisé.

3) Dans la plupart des observations, on note l'évolution rapide avec atteinte plus précoce de l'état général, et dans les statistiques chirurgicales nous n'avons pas trouvé d'observation de cancer du rectum des jeunes gens où l'intervention chirurgicale ait été suivie d'une survie importante.

4) Si rare que soit le cancer du rectum des jeunes gens il faut néanmoins, en clinique, y songer. C'est pourquoi, en présence de troubles intestinaux dont la nature n'est pas évidente, de phénomènes de rectite, de syndrome dysentérique, l'examen systématique du rectum, non seulement par le toucher mais aussi par la rectoscopie qui permet de pratiquer la biopsie sous le contrôle direct de l'œil, — ce qui est d'une importance capitale pour établir un diagnostic précoce, — doit être pratiqué chez les sujets jeunes au même titre et de la même façon qu'il est de règle de le pratiquer chez les sujets âgés.

LE DOYEN,
ROUSSY.

LE PRÉSIDENT,
F. LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

- AGUETTANT G. — Le néoplasme du rectum chez les jeunes sujets. *Thèse de Lyon*, 1921-22.
- BALAS. — Sur la fréquence du cancer du rectum dans le jeune âge. *Orvosi Hetilap*, Budapest, 1911, LV, p. 326.
- CARRIÉ P.-A. — Cancer du rectum chez les jeunes gens. *Revue Médicale Française*, mars 1932.
- CHALIER et MONDOR. — Cancer du rectum, Doin, 1924, p. 2.
- CLACK J.-H. — Cancer du sigmoïde et du rectum chez les enfants et les jeunes gens. *Annals of Surgery*, Philad., 1926, déc., p. 883.
- COENEN. — Cancer du rectum dans la jeunesse. *Berl. Klin. Woch.*, 1920, LVII, p. 140.
- GIRAULT A.-L. — Contribution à l'étude du cancer de l'anse sigmoïde, Steinheil, Paris, 1914.
- GORDON WATSON. — Cancer inopérable du rectum chez une jeune femme de 21 ans. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, Surgical Section*, t. VII, N° 5, p. 202.
- GROWE L.-W. — Cancer du rectum chez un garçon de 19 ans. *South. med. journ.*, avril 1928, p. 309.
- HARTMANN Henri. — Obs. III, F..., 23 ans, 1901. Cancer ulcéreux de toute la hauteur de l'ampoule rectale. *Chirurgie du rectum*, 1931, p. 305.
- HARTMANN H. — Cancer infiltré simulant un rétrécissement chez un homme de 28 ans. *Chirurgie du rectum*. E. QUENU et H. HARTMANN, T. II, p. 219, 1899.
- KOHLER. — Contribution à l'étude du cancer du rectum. *Munchener mediz. Wochenschrift*, 1922, an LXIX, n° 20.

- LASNIER E.-P. (Montevideo). — Cancer du rectum chez un enfant de 13 ans. *Archives latino-americanas de Pediatria*, t. XVII, n° 5, mai 1923.
- LOCKHART-MUMMERY. — Pronostic du cancer du rectum. *The Lancet*, vol. CCXI, n° 5391, 25 déc. 1926.
- LOEWENBERG S.-A. — Cancer du rectum chez un jeune homme de 18 ans. *Med. journ. et rec.*, 15 févr. 1928, p. 183.
- MAGINIAC. — Epithélioma inopérable du rectum chez un jeune homme âgé de 24 ans. *Société anatomique de Paris*, 25 nov. 1921 ; *Bulletins et Mémoires de la Société* au XCI, -E série, t. XVIII, n° 8-9, octobre et novembre 1921.
- MATIGNON et FRUCHAUD. — Cancer du côlon sigmoïde chez un jeune homme de 15 ans. *Soc. de Chirurgie*, séance du 14 octobre 1931, rapport de GUIMBELLOT.
- MATOLAY G. (Budapest). — Résultats des opérations pour cancer du rectum. *Orvosi Hetilap*, an LXVII, 20 oct. 1932.
- PHIFER G. — Cancer du rectum et du sigmoïde dans l'enfance et l'adolescence. *Annals of Surgery*, Philad., 1923, LXXVII, n° 6.
- PRIBAM E.-E. (Leipzig). — Du traitement du cancer du rectum. *Archiv. für klinische chirurgie*, 1922, vol. CXX, fac. I.
- RANKIN F.-W. et COMFORD M.-W. — Cancer du rectum chez les jeunes gens. *J. Tennessee*, M. A., juin 1929, pp. 37-42.
- SCHOENING. — *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, 1885, Bd 22, analyse dans *Annals of Surgery*, 1885, t. II, p. 342.
- SPITTLER F.-H. — Cancer du rectum à 18 ans. *Annals of Surgery*, Philad., août 1928, p. 316.
- WINTERNITZ. — Carcinome du rectum chez un garçon de 15 ans. *Wien. klin. Woch.*, 1922, XXXV, p. 22.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Présentation	10
Observations	11
Etude clinique	22
I) Symptômes de la période de début	22
II) Symptômes de la période d'état	25
Diagnostic différentiel	30
Evolution	33
Indications thérapeutiques	35
Conclusions	39
Bibliographie	41



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



